

Aus dem Landesnervenkrankenhaus Tirol, Solbad Hall/Innsbruck  
Direktor: Priv. Doz. Dr. med. Heinrich Hetzel

ZUR PROBLEMATIK DER BEHANDELBARKEIT VON FORTGE-  
SCHRITTENEN ALKOHOLIKERN IN GESCHLOSSENEN ANSTAL-  
TEN UNTER BESONDERER BEACHTUNG DER ANTABUSTHERAPIE

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin  
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät  
der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Klaus Thielert  
aus Striegau/Schlesien

1970



Aus dem Landesnervenkrankenhaus Tirol, Solbad Hall/Innsbruck

Direktor: Priv. Doz. Dr. med. Heinrich Hetzel

ZUR PROBLEMATIK DER BEHANDELBARKEIT VON FORTGESCHRITTENEN  
ALKOHOLIKERN IN GESCHLOSSENEN ANSTALTEN UNTER BESONDERER  
BEACHTUNG DER ANTABUSTHERAPIE

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Klaus Thielert

aus Striegau/Schlesien

1970

Gedruckt mit Genehmigung  
der Medizinischen Fakultät  
der Maximilians-Universität München



Dekan: Prof. Dr. Ewald Kraft  
Referent: Prof. Dr. F. Dietrich

Tag der mündlichen Prüfung: 5. 5. 1970

## I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Einleitung .....                                 | 5  |
| Vorbemerkung .....                               | 6  |
| Entwicklung der Problematik aus der Literatur. . | 7  |
| Material und Methodik .....                      | 10 |
| Eigene Untersuchungen .....                      | 15 |
| Katamnestiche Erhebungen .....                   | 22 |
| Diskussion .....                                 | 30 |
| Zusammenfassung .....                            | 33 |
| Anhang .....                                     | 42 |
| Modifiziertes Würzburger Schema                  |    |



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

### Schrifttumsverzeichnis

1. Bodechtel, G. : Differentialdiagnose Neurologischer Krankheitsbilder, Pathologischer Rausch, 36-37, 765-770, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1963
2. Battegay, R. : Die Gruppe als Ort des Haltes in der Behandlung Süchtiger, Praxis der Psychotherapie, 1, 31-40, J.F. Lehmanns Verlag München 1966
3. Braun, Hans: Lehrbuch der Therapie für Praxis und Klinik, Die Behandlung des chronischen Alkoholismus, Medica Verlag Stuttgart-Zürich 1963
4. Burghardt, H. : Das Suchtproblem, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 22, 473, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1954
5. Bion, W.R. : Experiences in Groups, Taviseock, London 1961
6. Friedemann, A. : Gruppentherapie, Neurosenlehre und Psychotherapie, 4, Urban und Schwarzenberg München-Berlin 1958
7. Hetzel, Heinrich: Klinische Erfahrungen bei der Trinkerbehandlung, Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete, 17, 2, Springer Verlag Wien 1959
8. Hadorn, W. : Lehrbuch der Therapie, Hans Huber Verlag Stuttgart 1963
9. Habernoll, A. : Das Problem des Alkoholismus, 3, 41, 48-61, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1956

10. Kuschinsky, G. und Lüllmann, H. : Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie, Wirkungsmechanismus von Disulfiram, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1966
11. Kessel, Josef: Alkoholiker, Rausch und Heilung, S. 154, Kurt Desch Verlag München-Wien-Basel 1961
12. Kielholz, P. und Battegay, R. : Aktuelle Probleme der Medikamentensucht in der Schweiz, Praxis, 53, 447 (1964)
13. Laubenthal, F. : Sucht und Mißbrauch, 332-347, 507, 551, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1964
14. Langen, D. : Die moderne Hypnotherapie einiger Suchtformen, speziell des Alkoholismus, Praxis der Psychotherapie, 1, 25-30, J. F. Lehmanns Verlag München 1966
15. Lewin, L. : Gifte und Vergiftungen, Lehrbuch der Toxikologie, S. 459, Karl F. Hauf Verlag Ulm 1962
16. Martensen-Larsen, O. : Five Years Experience with Disulfiram in the treatment of alcoholics, Journal of Studies in Alcohol, 14, 406-418, 1953
17. Moeschlin, Sven; Klinik und Therapie der Vergiftungen, S. 292 und 294, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1964
18. Rommeney, Gerhard: Die sozialmedizinische Bedeutung der Arzneimittelsuchten, Hoheneck Verlag Hamm/Westphalen 1957

19. Rotter, Hans: Milieu, Therapie und Nachsorge bei Suchtkranken, Praxis der Psychotherapie, 229-236, 5, J. F. Lehmanns Verlag München, Oktober 1965
20. Schulte, Walter: Sucht und Mißbrauch in der Behandlung durch den praktischen Arzt, Praxis der Psychotherapie, 5, J. F. Lehmanns Verlag München
21. Vogler, Paul: Beitrag zur Alkoholstatistik in Tirol 1904-1926, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Springer Verlag Berlin 1927
22. Wieser, Stefan: Die Theorien über die Äthiologien des chronischen Alkoholismus, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihre Grenzgebiete, 30. Jahrgang, 4, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1962
23. Zucker, A.: Group, Psychotherapy and the Nature of Drug-addiction, Int. J. Group Psychother., 11, 209 (1961).

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

WHO: World Health Organization,  
Weltgesundheitsorganisation

Tbc: Tuberkulose

Ca: Carcinom

KAG: Krankenanstaltengesetz 1956 (§ 37 - § 54 KAG)

Entm. O.: Entmündigungsordnung 1916 (§ 16 Entm. O. - § 24 Entm. O.)

## EINLEITUNG

Die Therapie bei fortgeschrittenen Alkoholikern ist aus medizinischer Sicht unbefriedigend, da sich bisher trotz einer Reihe von verschiedenen Behandlungsmethoden nur in wenigen Fällen dauerhafte Erfolge nachweisen lassen.

Zur Erzielung einer vollständigen Alkoholabstinenz nach konsequenter stationärer Entziehung wird die Anwendung von Disulfiram (Antabus<sup>R</sup> oder Exhorran<sup>R</sup>) in der Literatur mit wechselndem Erfolg angegeben. Die vorgelegte Arbeit versucht zu einer Beurteilung dieser Therapieform durch katamnestische Beobachtungen zu gelangen. Da eine rein medikamentöse Behandlungsform nicht ausreicht, soll eine Aussage über den Wert der Antabustherapie im Rahmen einer Ganzheitstherapie gemacht werden. Die während der Beobachtungszeit festgestellten Rückfälle gaben Anlaß, den Gründen der Mißerfolge bei der Antabustherapie nachzugehen.

## VORBEMERKUNG

In dieser Arbeit wird die von Jellinek vorgeschlagene und von der WHO übernommene Einteilung der Trinkertypen verwendet:

1. Unregelmäßig, übermäßige, symptomatische Trinker
2. Gewohnheitsmäßig, übermäßige, symptomatische Trinker
3. Süchtige Trinker (Alkoholsüchtige)

Die Gruppen 2 und 3 stellen die eigentlichen Alkoholiker dar. Der Krankheitsbegriff bezieht sich auf den süchtigen Trinker.

Zur näheren Differenzierung der Alkoholiker nach Diagnosen wird das modifizierte Würzburger Schema herangezogen (Häfner H. und Kisker K. P.):

- X. .... Alkoholismus
  - 31 a, Delirium tremens
  - 31 b, Halluzinosen
  - 31 c, Korsakow
  - 31 d, Demenz
  - 32, chronischer Alkoholismus ohne Psychosen
  - 33, Rausch, (pathologisch)
- XI. .... Suchten (Toxikomanien)

## ENTWICKLUNG DER PROBLEMATIK AUS DER LITERATUR

Die Behandlung des chronischen Alkoholismus und der Trunksucht ist sowohl ein medizinisches als auch ein fürsorgerisches-soziales Problem. Es handelt sich daher immer um eine Reihe von therapeutischen Bemühungen um den Patienten, um "einen therapeutischen Einsatz auf breiter Front", wie es Wieser ausdrückt (22). Die seelische Behandlung und Führung stehen an erster Stelle (Hetzel 7), während der medikamentösen Behandlung nur eine Hilfsrolle eingeräumt wird. Das Hauptziel jeder Therapie muß nach Laubenthal die Neugestaltung der Gesamtpersönlichkeit mit total veränderten Lebenszielen des Betroffenen sein. Voraussetzung jeder Therapie muß außerdem eine Totalabstinenz von Alkohol sein.

Zur Erreichung und Aufrechterhaltung einer solchen völligen Abstinenz von alkoholischen Getränken leisten die Aversionsbehandlung mit Emetin oder Apomorphin und die Intoleranzmethode mit Antabus einen guten Hilfsdienst. Solms spricht im Zusammenhang mit der Antabusbehandlung von einer "chemischen Barriere" (9) und Wieser gebraucht das Bild der "substantiellen Krücke" (Wieser und Baier 22).

Das von den Dänen Jacobsen, Hald und Martensen-Larsen eingeführte Antabuspräparat (Disulfiram) führt in Verbindung

mit Alkohol zu unangenehmen vegetativen Zuständen wie Nausea, Erbrechen, Hautrötung, Herzklopfen und Kopfschmerzen. Als kontraindiziert gelten nach den heutigen Erfahrungen folgende Befunde:

Schwere Leberschädigung,  
höhergradige Arteriosklerose,  
Lungentuberkulose,  
Asthma-Bronchiale,  
Epilepsie,  
Diabetes,  
Thyretoxikose

Aus dieser Aufstellung von Kontraindikationen leiten sich die Forderungen ab, daß

- a) vor der Einleitung einer Antabuskur eine gründliche, internistische Durchuntersuchung des Patienten zu stehen hat und im Anschluß oder während der Kur mindestens eine Trinkprobe unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird und
- b) die Verabfolgung von Antabustabletten ohne Wissen des Patienten abzulehnen ist.

Die Bereitschaft zur freiwilligen Mitarbeit des Patienten bei der Durchführung der Antabusbehandlung ist erfahrungs-

gemäß zunächst schwer zu erreichen, da der Alkoholiker dazu neigt, jede Form von Selbstverantwortung von sich zu weisen. Strenge Aufsicht und ständige Kontrolle, um die regelmäßige Einnahme von Tabletten zu gewährleisten, würden die Entwicklung eines solchen Gefühls zur Selbstverantwortung von vornherein erschweren und das schon vorher bestehende Mißtrauen verstärken. Die beste Gewähr für eine erfolgreiche Antabustherapie besteht in der Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zu einer nahestehenden Person, etwa eines Fürsorgers oder Angehörigen, wobei der Patient diesem Mitmenschen zuliebe bereit ist, gegen seine Krankheit anzukämpfen. In einem solchen Falle bedeutet die Tablette Antabus für den Alkoholiker einen bewußt eingegangenen "erhöhten Schutz vor sich selbst" (Walter Schulte 20 ).

Die Frage, ob über eine kurzdauernde Blockade und nüchterne Lebensführung hinaus mit Hilfe von Antabus ein dauerhafter Erfolg zu erzielen ist, nachdem die unangenehmen Ergebnisse der Trinkversuche vergessen sind und die nachgehende Fürsorge einen Grad der Routine angenommen hat, muß weiter untersucht werden.

Der Anlaß zu den eigenen Untersuchungen ist, das Ergebnis der Antabustherapie im Rahmen eines Landesnervenkrankenhauses katamnestisch festzustellen. Darüberhinaus sollen die Ursachen der fehlgeschlagenen Gesamttherapie untersucht werden.

## MATERIAL UND METHODIK

Anhand der Krankengeschichten aus den Jahren 1954 und 1964 wurden die am Landesnervenkrankenhaus Bad Hall behandelten Alkoholiker registriert und eine Gesamtaufstellung unter folgenden Gesichtspunkten aufgestellt:

Alter des Patienten,

Beruf,

Art der Einweisung (freiwillig, gerichtlich  
angehalten, entmündigt)

Anzahl der Einweisungen,

Hauptdiagnosen mit Nebendiagnosen,

Familienverhältnisse,

Wille und Einsichtigkeit

Insgesamt ergaben sich 312 Alkoholiker, von denen aufgrund der Kriterien und Voraussetzungen für eine Antabustherapie 119 mit Antabus behandelt wurden.

|         | Anzahl der aufgenommenen Alkoholiker |           | Davon wurden mit Antabus behandelt |           |
|---------|--------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| 1954    | 113 Männer                           | 19 Frauen | 59 Männer                          | 8 Frauen  |
| 1964    | 139 Männer                           | 41 Frauen | 36 Männer                          | 16 Frauen |
|         | 252 Männer                           | 60 Frauen | 95 Männer                          | 24 Frauen |
| Insges. | 312 Männer u. Frauen                 |           | 119 Männer u. Frauen               |           |

= 38,1 %

Zur Charakterisierung jedes Patienten wurden die Hauptmerkmale aus der Anamnese, der Verlauf der Antabusbehandlung und der Zustand bei der Entlassung festgestellt. Soweit es möglich war, wurden katamnestische Erhebungen über das weitere Schicksal des entlassenen Patienten angestellt.

Der Anteil der Alkoholiker im Verhältnis zur Gesamtaufnahme am Landesnervenkrankenhaus in Bad Hall von  
1957 bis 1964

| Jahr | <u>Männer</u>  |                   | <u>Frauen</u>  |                   |
|------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
|      | Gesamtaufnahme | davon Alkoholiker | Gesamtaufnahme | davon Alkoholiker |
| 1957 | 461            | 18 = 3,9 %        | 478            | 57 = 11,9 %       |
| 1958 | 261            | 96 = 37,8 %       | 323            | 34 = 10,5 %       |
| 1959 | 213            | 76 = 35,7 %       | 288            | 23 = 8,0 %        |
| 1960 | 280            | 118 = 42,2 %      | 285            | 30 = 10,5 %       |
| 1961 | 342            | 101 = 29,5 %      | 289            | 24 = 8,3 %        |
| 1962 | 312            | 103 = 33,0 %      | 320            | 24 = 7,5 %        |
| 1963 | 356            | 114 = 31,9 %      | 359            | 27 = 7,5 %        |
| 1964 | 299            | 112 = 37,4 %      | 372            | 41 = 11,0 %       |

VERTEILUNG DER ALKOHOLIKER  
NACH ALTERSGRUPPEN  
VERGLEICH 1954 GEGEN 1964  
(Gesamtaufnahmen)

Tabelle III

| Alter              | Männer      |             | Frauen     |             |
|--------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
|                    | 1954        | 1964        | 1954       | 1964        |
| 20-29              | 5 = 4,5 %   | 15 = 10,3 % | 0 = 0 %    | 1 = 2,4 %   |
| 30-39              | 10 = 8,9 %  | 14 = 10,0 % | 1 = 5,3 %  | 10 = 24,0 % |
| 40-49              | 32 = 28,3 % | 28 = 20,0 % | 9 = 47,5 % | 7 = 16,9 %  |
| 50-59              | 36 = 31,9 % | 46 = 32,9 % | 5 = 26,3 % | 8 = 19,3 %  |
| 60-69              | 19 = 16,8 % | 24 = 17,3 % | 3 = 15,8 % | 13 = 31,2 % |
| 70 u. da-<br>rüber | 11 = 9,0 %  | 12 = 8,6 %  | 1 = 5,3 %  | 2 = 4,8 %   |
|                    | 113 = 100 % | 139 = 100 % | 19 = 100 % | 41 = 100 %  |

Bei der Gegenüberstellung der Altersgruppierungen von 1954/1964 fällt die Zunahme bei den 20-29 jährigen Männern um mehr als die Hälfte (4,5 % 1954 gegenüber 10,3 % 1964) auf. Bei den Frauen bis zu einem Alter von 39 Jahren wird im Vergleich zu 1954/1964 eine Steigerung der Anstaltsaufnahme um das 5-fache festgestellt.

VERGLEICHE DIAGNOSTISCHE AUFGLIEDERUNG  
VON 312 ALKOHOLIKERN (GESAMTAUFNAHME)  
AUS DEN JAHREN 1954 UND 1964  
NACH DEM MODIFIZIERTEN WÜRZBURGER SCHEMA

Tabelle IV

|                                        | Ges. | Männer       |              | Frauen       |              |
|----------------------------------------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                        |      | 1954         | 1964         | 1954         | 1964         |
| X 1 chron. Alkoh.                      | 53   | 12 = 12,4%   | 30 = 21,6%   | 2 = 10,5%    | 7 = 17,1%    |
| X 31 b Halluzinosen                    | 13   | 5 = 4,4%     | 6 = 4,5%     | 0 = 0,0%     | 2 = 5,0%     |
| X 31 c Korsakow                        | 6    | 1 = 0,9%     | 2 = 2,2%     | 1 = 5,0%     | 1 = 2,5%     |
| X 31 d Demenz                          | 35   | 9 = 8,0%     | 10 = 11,5%   | 3 = 15,0%    | 7 = 17,1%    |
| X 32 chron. Alkohol.<br>ohne Psychosen | 20   | 0 = 0,0%     | 7 = 35,0%    | 10 = 50,0%   | 22 = 55,7%   |
| X 33 Delirium tremens                  | 112  | 51 = 45,5%   | 70 = 62,5%   | 21 = 18,8%   | 41 = 36,4%   |
|                                        | 312  | 100 = 100,0% | 140 = 100,0% | 111 = 100,0% | 141 = 100,0% |

Wie die Tabelle zeigt, steht unter den Psychosen das Delirium tremens als Folge des chronischen Alkoholismus an erster Stelle. Im Vergleich zu 1954 wird 1964 eine Zunahme des Delirium tremens sowohl bei den Männern (von 12,4 % auf 21,6%) als auch bei den Frauen (von 10,5 % auf 17,1 %) um fast auf das Doppelte festgestellt.

## EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Die Mindestdauer von Alkoholentziehungskuren sollte nicht unter einem halben Jahr liegen. Am Landesnervenkrankenhaus Bad Hall wurden folgende Behandlungsdauern erreicht:

Tabelle V

| Behandlungszeit            | 1954 | 1964 | insgesamt   |
|----------------------------|------|------|-------------|
| 1 Monat und weniger        | 23   | 11   | 34 = 30,6 % |
| Über 1 Monat bis 2 Monate  | 17   | 22   | 39 = 35,1 % |
| Über 2 Monate bis 3 Monate | 11   | 9    | 20 = 18,0 % |
| Über 3 Monate bis 6 Monate | 11   | 2    | 13 = 11,7 % |
| Über 6 Monate              | 2    | 3    | 5 = 4,5 %   |
|                            |      |      | 111 = 100 % |

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß nur 1954 in 3,1 % der Fälle die Voraussetzung einer über 6 Monate dauernden Behandlung erfüllt ist. 1954 + 1964 = 4,5 %. Die durchschnitt-

liche stationäre Behandlungsdauer bei den 111 aufgeführten Antabuspatienten der Jahre 1954 und 1964 betrug 2,4 Monate.

Die Ursachen dieser kurzen Behandlungsdauer liegen z. T. in der juristischen Situation begründet:

Eine Einweisung durch den praktizierenden Arzt wegen Trunksucht ist nicht in Österreich möglich, wenn der Patient nicht selbst einverstanden ist. Die zwangsweise Einweisung kann gemäß § 49 (1) KAG von 1956 nur durch den Amts- bzw. Polizeiarzt mittels Parere angeordnet werden bei Vorliegen von

- a) Geisteskrankheit und
- b) Gefährdung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit Anderer.

Andererseits muß gemäß § 22 der Entm. O. (1916) ein Patient dann entlassen werden, wenn er von der Anhalt Kommission als gesund befunden wurde. Das bedeutet, daß jeder Patient, der mit einer akuten Psychose zwangsweise eingeliefert wurde, wieder entlassen werden muß, sobald das akute Stadium und die Selbstgefährdung abgeklungen sind.

Ein Teil der Patienten, bei denen anfänglich durchaus die Bereitschaft zu einer länger dauernden Kur vorhanden war, entschließt sich, sobald ihr Zustand etwas gebessert ist oder die Kasse Schwierigkeiten macht, die freiwillige Er-

klärung zur Kurbehandlung vorzeitig wieder zurückziehen. Die Möglichkeit der Angehörigen eines Trinkers eine beschränkte oder volle Entmündigung zum Schutz des Patienten gerichtlich zu erwirken, wird in wenigen Fällen angewendet.

Wie aus der Übersicht auf Seite 18 hervorgeht, waren von 312 eingelieferten Alkoholikern aus den Jahren 1954/1964: 46 = 14,8 % entmündigt. Hier macht sich die Mentalität und die Voreingenommenheit der Bevölkerung gegenüber der Entmündigung, die ja eigentlich einen Schutz des Kranken darstellen soll, im negativen Sinne bemerkbar.

Die Folge einer zu kurzen stationären Behandlung bei Patienten, die auf Antabus eingestellt werden, ist die Abwälzung der Hauptlast der Therapie auf die Tablette Antabus; denn die Zeit von etwa zwei Monaten reicht gerade aus, um den Patienten körperlich wiederherzustellen und die Antabuskur mit einigen Trinkproben durchzuführen. Der Boden für eine erfolversprechende Nüchternheit außerhalb der Anstalt ist dann nicht genügend vorbereitet.

a) Zusammenfassend wird festgestellt:

Eine stationäre Behandlungsdauer von durchschnittlich 2,4 Monaten ist bei Antabuspatienten zu kurz.

b) Da bei kurzer stationärer Behandlungsdauer die Krankheitseinsicht und der Wille zur Besserung nicht oder nur wenig vorhanden sind, wird dem Hilfsmittel Antabus die Hauptlast der Therapie auferlegt, was auf eine rein medikamentöse Behandlung hinausläuft und ohne begleitende intensive Gruppentherapie, Psychotherapie etc. zur Erschwerung der ohnehin vorhandenen Konfliktsituation führen kann.

ÜBERSICHT ÜBER DIE ART DER EINWEISUNG VON  
312 ALKOHOLIKERN (GESAMTAUFNAHME) AUS DEN  
JAHREN 1954/1964.

| Freiwillig  | Gerichtl.veranlaßt | Entmündigt |
|-------------|--------------------|------------|
| 170 = 54,5% | 96 = 30,8%         | 46 = 14,8% |

312 = 100 %

EINWEISUNGSFORMEN VON 119 MIT ANTABUS  
BEHANDELTEN PATIENTEN 1954 UND 1964

Tabelle VI

|      | freiwillig  | angehalten  | beschr. entm. | entmündigt |
|------|-------------|-------------|---------------|------------|
| 1954 | 46 = 38,6 % | 13 = 10,9 % | 6 = 5,0%      | 2 = 1,7%   |
| 1964 | 34 = 28,6 % | 13 = 10,9 % | 2 = 1,7%      | 3 = 2,5%   |
|      | 80 = 67,2 % | 26 = 21,8 % | 8 = 6,7%      | 5 = 4,2%   |

$$\underline{\underline{119 = 100 \%}}$$

Bei Betrachtung der Tabelle scheinen die freiwilligen Aufnahmen zu überwiegen. Die nähere Untersuchung der 80 als freiwillig registrierten Fälle ergab jedoch, daß es sich nicht immer um einsichtige Patienten mit dem Wunsch zur ärztlichen Behandlung handelte. Im Hintergrund standen bei 35 Patienten entweder ein drohendes Gerichtsverfahren, der Verlust der Arbeitsstelle, drohende Scheidung oder die sekundären körperlichen und geistigen Komplikationen machten eine klinische Behandlung erforderlich.

Insgesamt wurden unter den 80 freiwilligen Fällen 11 Fälle mit forensischem Hintergrund und 20 Fälle mit körperlich geistigen Komplikationen, davon 13 Delirium tremens festgestellt.

Unter den 80 besprochenen sogenannten freiwilligen Patienten befanden sich außerdem eine zahlenmäßig nicht genau feststellbare Anzahl von Fällen, bei denen lediglich ein großspuriges Versprechen zur Behandlung innerhalb eines trinkfreien Intervalls vorlag, um das angespannte Verhältnis zur näheren Umgebung zu mildern (Frau, Familie, Kinder, Arbeitgeber).

Hier ein typisches Beispiel mit forensischem Hintergrund:

Patient A. geht zum Arbeitgeber und eröffnet, daß er nicht mehr so weiter arbeiten kann ... "Alkohol bringt mich auf den Hund". Die Trinkerberatungsstelle legt eine Einweisung in die Anstalt nahe. Am nächsten Tag erscheint A. als sogenannter freiwilliger Patient im Landesnervenkrankenhaus Hall. Im Hintergrund steht eine Unterschlagung. Von einer Anzeige wurde abgesehen, weil sich A. in stationäre Behandlung begab und die Angehörigen den Schaden behoben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß auch bei einem Großteil der als freiwillig aufgenommenen Alkoholpatienten Einsichtigkeit in die falsche Lebenseinstellung, in ein völliges Versagen dem Alkohol gegenüber und in das krankhafte Verhalten am Anfang der Behandlung noch nicht vorhanden war.

Eine solche Einsichtigkeit, verbunden mit dem Willen einen Ausweg aus dem Alkoholikerdasein zu finden, konnte bei den 119 1954/1964 behandelten Antabuspatienten nur in 45 Fällen = 37,8 % registriert werden. Die übrigen Patienten brachten schon von vornherein nicht die Voraussetzungen zu einer erfolgreichen Therapie mit und blieben auch während des stationären Aufenthaltes innerlich negativ eingestellt, so daß nach der Entlassung eine schlechte Prognose zu befürchten war.

#### Zusammenfassende Feststellung:

Der Wille zur Änderung der Lebenseinstellung war von 119 Antabuspatienten nur in 37,8 % der Fälle vorhanden.

## KATAMNESTISCHE ERHEBUNGEN

Von den insgesamt 67 Patienten (59 Männer und Frauen) die 1954 am Landesnervenkrankenhaus Solbad Hall mit Antabus behandelt wurden, konnten 60 Patienten (53 Männer und 7 Frauen) katamnestisch erfaßt werden = 89,6 %. Dies gelang in Zusammenarbeit mit der Caritas-Beratungsstelle Innsbruck und der Universitätsnervenklinik Innsbruck sowie durch persönliche Besuche bei den ehemaligen Patienten.

Bis zum Jahre 1968 wurden von den 59 Männern 37 Fälle = 62,7 % mit Wiedereinweisung in eine geschlossene Anstalt registriert. Von den 8 Frauen wurden bis 1968 5 = 62,5 % schwer rückfällig mit Wiedereinweisung. Aus der graphischen Darstellung Seite 25 geht hervor, daß bereits 2 Jahre nach der Entlassung von den insgesamt 67 antabusbehandelten Patienten 24 = 35,8 % wieder stationär eingewiesen werden mußten. Ein Vergleich zu den 1964 entlassenen 52 Patienten (36 Männer und 16 Frauen) die mit Antabus behandelt waren, zeigt das selbe Bild: Von den 52 Patienten waren innerhalb von 2 Jahren nach der Entlassung 19 = 36,5 % schwer rückfällig mit Wiedereinweisung in eine geschlossene Anstalt.

Im Zusammenhang mit diesen hohen Rückfallsquoten ist zu berücksichtigen, daß es sich hier durchwegs um Patienten handelte, die sämtlich seit vielen Jahren tranken, in 90 % der Fälle familiär belastet waren (Vater, Mutter, Geschwister schwere Trinker) und infolgedessen einen zum Teil erheblichen Grad an Depravation erreicht hatten.

In diesen Fällen war nach jahrelangen Bemühungen von Seiten der Angehörigen, des Hausarztes und der Trinkerberatungsstellen die stationäre Einweisung in eine geschlossene Anstalt die letzte Station der Behandlung. In praktisch jedem Falle war die Prognose durch familiäre Belastung, sozialen Abstieg oder durch unverbesserliche Haltlosigkeit getrübt.

DAS ERGEBNIS DER 1954 MIT ANTABUS  
BEHANDELTEN 67 PATIENTEN  
IM BEOBACHTUNGSZEITRAUM 1954 BIS 1968

Tabelle VII

|                                                      | Männer            | Frauen           |
|------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| nicht gebessert<br>Rückfall mit<br>Neueinweisung     | 37 = 62,7 %       | 5 = 62,5 %       |
| geheilt<br>völlig abstinenter                        | 5 = 8,5 %         | 1 = 12,5 %       |
| gebessert<br>ohne Wiederein-<br>weisung              | 11 = 18,6 %       | 1 = 12,5 %       |
| Der Nachforschung<br>entzogen<br>Schicksal unbekannt | 6 = 10,2 %        | 1 = 12,5 %       |
| <u>Gesamt:</u>                                       | <u>59 = 100 %</u> | <u>8 = 100 %</u> |

Zahl der Fälle

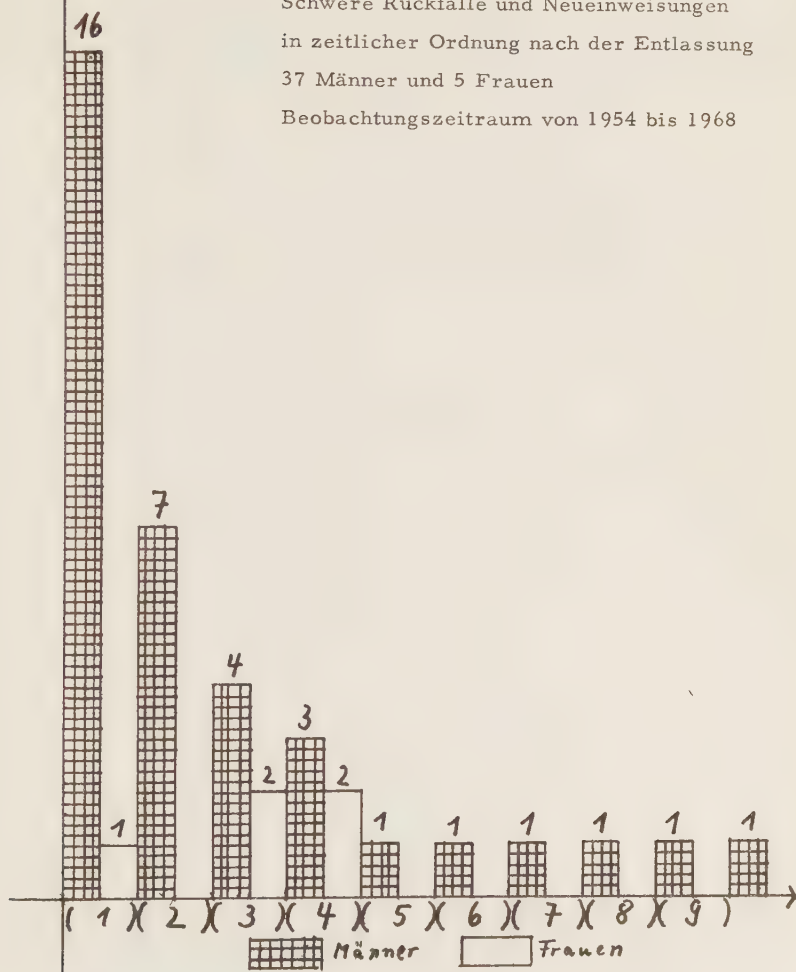
- 25 -

Antabusbehandlungen 1954 (67 Pat.,  
59 Männer, 8 Frauen)

Schwere Rückfälle und Neueinweisungen  
in zeitlicher Ordnung nach der Entlassung  
37 Männer und 5 Frauen

Beobachtungszeitraum von 1954 bis 1968

Anzahl der  
Jahre:



Aus der graphischen Darstellung geht hervor, daß bereits 2 Jahre nach der Entlassung von den insgesamt 67 antabusbehandelten Patienten 24 = 35,8 % wieder stationär aufgenommen werden mußten.

Wie aus der Tabelle VII hervorgeht, wurden von den 1954 behandelten 59 Männern und 8 Frauen 5 Männer und 1 Frau völlig abstinent und geheilt und 11 Männer und 1 Frau wesentlich gebessert ohne Rückfall.

Bei der Untersuchung der Gründe, die zur Heilung bei den 6 Patienten beitrugen, war kennzeichnend, daß in jedem der Fälle neben dem guten Willen des Patienten intakte Familienverhältnisse vorgefunden wurden.

#### Beispiele:

Fall I                    K. A., 36-jähriger Gastwirt,  
Ursache des chronischen Alkoholismus u. a. berufsbedingt, wird 1954 in prädelirantem Zustand stationär eingewiesen. Vorher keine Einweisungen. Behandlungsdauer 4 Monate, zeigt sich von Anfang an willig und einsichtig. Der Patient ist verheiratet, 2 Kinder, geordnete Familienverhältnisse. Die Ehefrau ist rührend um den Mann besorgt. Nach der Entlassung wurde der Patient bis 1969 nie mehr rückfällig. In kritischen persönlichen Situationen wie etwa bei der Operation der Frau oder Tod seiner Mutter nahm Herr K. freiwillig Antabustabletten ein, um sich vor einem Rückfall zu schützen. Seinen Kindern und seiner Familie zuliebe und aus Sorge um sein gutgehendes Geschäft wollte er eine "erneute Schande" unbedingt vermeiden.

Fall II

G. A. , 53 Jahre, Bundesbahnangestellter, Art der Einweisung freiwillig, Ursache des Alkoholabusus zeitweilige Schwierigkeiten mit der Ehefrau, nach der Entlassung und nach der Aussöhnung mit seiner Frau gab der Patient ein heiliges Versprechen ab, nie mehr einen Tropfen Alkohol zu sich zu nehmen, nahm zunächst regelmäßig Antabus ein und brauchte es nach 2 bis 3 Jahren nicht mehr. Der Patient ist in der Zwischenzeit pensioniert und macht mit seiner Ehefrau sehr viele Reisen. Er hält sehr auf seine Gesundheit und ist Mitglied eines Kneippvereins geworden.

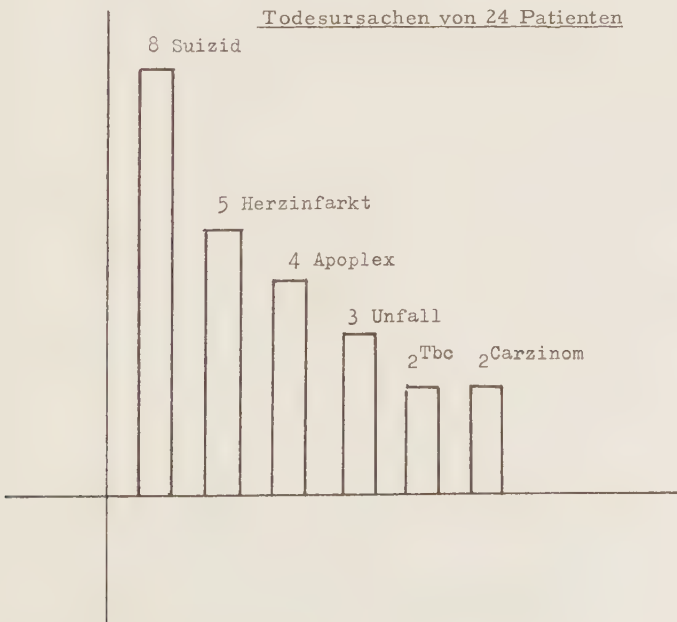
Fall III

R. J. , 56 Jahre alt, Hilfsarbeiter, Art der Einweisung freiwillig. 1954 2. stationäre Einweisung. Die tapfere Ehefrau, die sich für den Patienten aufopfert, hatte zunächst große Mühe, den psychisch labilen Ehemann zur regelmäßigen Einnahme von Antabus zu bewegen. Sie fand dabei viel Unterstützung und Rückhalt bei den bereits erwachsenen Kindern. Nachdem R. am Bein operiert werden mußte und sich in ständiger ärztlicher Betreuung befand u. a. auch wegen Herzbeschwerden,

fand er allmählich den Weg zur  
völligen Alkoholabstinenz. Er  
ist heute stolz auf seine Kinder,  
die alle einen ordentlichen Beruf  
erlernt haben.

UNTERSUCHUNG DER TODESURSACHEN DER 1954 MIT  
ANTABUS BEHANDELTEN PATIENTEN, SOWEIT SIE  
BIS 1968 GESTORBEN WAREN

Von den 59 Männern waren bis 1968  $24 = 40,7 \%$  gestorben.  
Wie aus der Tabelle IX hervorgeht, steht als Todesursache  
der Suizid an erster Stelle. Von den 8 Frauen waren bis 1968  
 $4 = 50 \%$  tot, hier wurde ein Suizidfall registriert.



Bei den Todesursachen stehen die Suizidfälle an erster Stelle  
(Untersuchung von 59 Männern, die mit Antabus behandelt  
wurden, Beobachtungszeitraum von 1954 bis 1968).

## DISKUSSION

Die Untersuchungen haben die beschränkte Anwendungsmöglichkeit von Antabus bei Alkoholikern bestätigt. Wie aus der Tabelle I hervorgeht, konnten von den 312 Alkoholikern, die 1954 und 1964 stationär aufgenommen wurden, aufgrund der Kriterien und Voraussetzungen nur 119 = 38,1 % mit Antabus behandelt werden. Antabus spielt die Rolle eines psychotherapeutischen Hilfsmittels. Bei vorhandener Einsicht und aktiver Mitarbeit des Patienten besteht mit Hilfe von Antabus die Möglichkeit "sich selbst zu schützen" (Schulte). Ein solcher Idealfall wird auf Seite 26 beschrieben, wo ein geheilter Patient in kritischen Situationen mit Rückfallgefahr (Tod eines nahen Angehörigen) freiwillig prophylaktisch Antabustabletten einnimmt. Im Rahmen dieser Untersuchungen zeigten von 119 Antabuspatienten 45 = 37,8 % diese einsichtige Einstellung nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 2,4 Monaten. Die Gründe für diese zu kurze Behandlungsdauer liegen

- a) in den juristischen Bestimmungen,
- b) in den Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen,
- c) Platzmangel,
- d) an fehlenden Übergangsheimen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den besprochenen Patienten um fortgeschrittene Alkoholiker handelt, deren Prognose durch familiäre Belastung, durch unverbesserliche Haltlosigkeit oder sozialen Abstieg von vorherein getrübt war. Ein Teil der behandelten Patienten hatte schon einen erheblichen Grad an moralischer Depravation erreicht.

Die Betrachtung der Erfolgsstatistik der 1954 mit Antabus behandelten 67 Patienten ergibt, daß von 59 Männern  $37 = 62,7\%$  und von 8 Frauen  $5 = 62,5\%$  schwer rückfällig wurden, während nur 5 Männer  $= 8,5\%$  und 1 Frau  $= 12,5\%$  völlig abstinent und geheilt wurden. Diese ungünstige Erfolgsbilanz wird in der Literatur immer wieder beschrieben und veranlaßte Walter Schulte von dem "trostlosen Gebiet des Alkoholismus" zu sprechen.

Auffallend ist die hohe Rückfallquote nach der Entlassung bereits nach ein bis zwei Jahren: Von den 67 Antabuspatienten 1954 mußten 2 Jahre nach der Entlassung  $24 = 35,8\%$  wieder stationär aufgenommen werden. Ein Vergleich zu den 1964 entlassenen 52 Patienten (36 Männer und 16 Frauen) die mit Antabus behandelt waren, zeigt das selbe Bild: Innerhalb von 2 Jahren wurden  $19 = 36,5\%$  schwer rückfällig mit Wiedereinweisung in eine geschlossene Anstalt.

Bei der Analyse der geheilten Patienten war in sämtlichen Fällen nach der Entlassung ein bis zwei Jahre lang eine kritische Zeit mit akuter Rückfallgefahr zu überwinden.

Dies gelang jeweils durch konsequente Einnahme von Antabus. Später wurde dann die erzwungene Nüchternheit allmählich durch eine selbstverantwortliche Lebensweise abgelöst. Wo der Wille des Patienten zur Änderung seiner bisherigen Lebensweise besteht, und wo intakte Familienverhältnisse vorgefunden werden, bestehen, wie die beschriebenen Fälle beweisen, die besten Aussichten für Heilung.

Da jedoch in 90 % der Fälle eine familiäre Belastung besteht, kann die geforderte Einsichtigkeit und die Selbstverantwortung nicht in der Familie sondern am besten im Rahmen einer Gruppentherapie erworben werden. Wenn es mit Hilfe von Antabus gelingt, eine Brücke zu schlagen, von der stationären Behandlung zur freien Betätigung innerhalb einer selbsttätigen Gruppe von ehemaligen Alkoholikern, ist der Beitrag dieses Mittels innerhalb der Gesamttherapie erheblich. In einer solchen Gruppe von Schicksalsgenossen kommt es nach Raymond Battegay am ehesten zu einer verbesserten Realitätsanpassung, Heraus-treten aus der Protesthaltung gegenüber der Gesellschaft und zu einer adäquaten Einstellung zum Problem von Ordnung und Freiheit.

## ZUSAMMENFASSUNG

Das Medikament Antabus ist bei der Behandlung von Alkoholikern nur beschränkt anwendbar. Es nimmt im Rahmen der Gesamttherapie eine psychotherapeutische Hilfsfunktion ein.

Von 132 Alkoholikern, die 1954 stationär aufgenommen wurden, wurden am Landesnervenkrankenhaus Bad Hall 67 Patienten mit Antabus behandelt und katamnestisch beobachtet.

Die Durchführung einer ausreichend langen Entziehungskur und Psychotherapie ist eingeschränkt:

1. durch die juristische Situation,
2. durch die Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen,
3. durch Platzmangel in der Anstalt,
4. durch fehlende geeignete Entziehungsheime.

Die Zunahme von Delirium tremens-Fällen und von jugendlichen Alkoholikern wurde 1964 im Vergleich zu 1954 festgestellt.

Unter den Patienten, die in eine geschlossene Anstalt eingewiesen werden, befindet sich ein hoher Prozent-

satz von moralisch depravierten Persönlichkeiten mit schwerer Haltlosigkeit.

Von den 1954 mit Antabus behandelten 67 Patienten wurden 5 Männer und 1 Frau = 6 Patienten 8,9 % als völlig abstinent und geheilt registriert. 11 Männer und 1 Frau gaben in einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren keinen Anlaß zur stationären Wiedereinweisung.

Die Analyse der erfolgreich behandelten Fälle ergab, daß nur bei Vorliegen völliger Einsicht in das Krankheitsbild und dem Willen zur Änderung der Lebens Einstellung das Medikament Antabus eine wesentliche Hilfsfunktion übernehmen kann.

ANTABUSEHHANDLUNGEN 1954

59 Fälle (Männer)

| Nr. | Name  | Zahl<br>d. Einw. | Beh.-<br>dauer    | Rückf.-<br>dat. | Sonstiges                                    | Schicksal                              |
|-----|-------|------------------|-------------------|-----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1.  | B. L. | 5                | 3 Monate          | 1956            | trinkt von Jugend auf                        | an Herzschlag gest. 1957               |
| 2.  | B. J. | 1                | 1 Monat           | 1956            | Abusus bei pul. Tbc                          |                                        |
| 3.  | D. J. | 3                | 2 1/2 Monate      | 1963            | Psychopath. Fam. krimin.                     |                                        |
| 4.  | G. E. | 3                | 5 Mon. + 1 Woche  | 1958            | s. 1950 starker Trinker                      |                                        |
| 5.  | G. J. | 4                | 7 Monate          | n. 2 Mon.       | Anlage, soz. Umstände                        | Schädeltrauma?                         |
| 6.  | G. S. | 3                | 1 Monat + 1 Woche | 1965            | Psychopath., trinkt seit 1940                |                                        |
| 7.  | H. F. | 5                | fraktion. 9 Mon.  | 1958            | Psychopath., haltlos                         | 1958 an Herzlähmung                    |
| 8.  | H. L. | 2                | 2 1/2 Monate      | 1955            | Belastung, Anlage, Gemein-<br>gefährlichkeit |                                        |
| 9.  | H. W. | 1                | 14 Tage           | 1957            | Psychopath., trinkt seit<br>Jahrzehnten      |                                        |
| 10. | H. J. | 2                | 14 Tage           | n. 5 Mon.       | trinkt seit Jahrzehnten                      | 1961 gestorben, Todesurs.<br>unbekannt |

| Nr. | Name    | Zahl<br>d. Einw. | Beh.-<br>Dauer | Rüf.-<br>datum | Sonstiges                               | Schicksal                    |
|-----|---------|------------------|----------------|----------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| 11. | K. E.   | 2                | 3 Wochen       | 1966           | Hydrozeph. int. u. ext. s. 1917         | 1959 im Rausch verunglückt   |
| 12. | K. J.   | 2                | 3 1/2 Monate   | nach 4 Mon.    | völlig deprav., krimin.                 |                              |
| 13. | L. R.   | 2                | 2 Monate       | 1958           | Belastung, schon immer                  |                              |
| 14. | M. J.   | 2                | 1 Monat        | 1956           | Anlage, Beruf                           |                              |
| 15. |         | 2                | 1 Monat        | n. 8 Mon.      | Anlage, starker Trinker s.<br>1950      |                              |
| 16. | P. J.   | 1                | 2 Monate       | 1955           | Anlage, Belastung, aggressiv            | 1960 an Altersschwäche gest. |
| 17. | R. J.   | 1                | 1 Woche        | 1962           | Potus, trinkt s. Jahren                 |                              |
| 18. | Sch. G. | 4                | 5 Monate       | 1956           | Haltlosigkeit, beschränkt<br>entmündigt |                              |
| 19. | Sch. F. | 4                | 1 Monat        | 1955           | Anlage, Belastung                       | 1957 an Herzinfarkt gest.    |
| 20. | W. J.   | 1                | 2 Monate       | 1957           | Psychopath. Belastung                   |                              |
| 21. | W. J.   | 2                | 1 1/2 Monate   | n. 4 Mon.      | Psychopath., Anlage                     |                              |
| 22. | W. F.   | 1                | 1/2 Monat      | 1956           | Psychopath, seit Jahr-<br>zehnten Säuer | 1956 im Greisenasy Suizid    |
| 23. | B. R.   | 2                | 14 Tage        | n. 5 Tg.       | Psychopath., ernsth.<br>Suizidversuch   |                              |
| 24. | K. A.   | 1                | 1 1/2 Monate   | 1967           | Anlage, Belastung                       | 1967 Suizid                  |
| 25. | K. J.   | 1                | 6 Monate       | 1957           | Belastung                               |                              |

| Nr. | Name    | Zahl<br>d. Einw. | Beh. -<br>Dauer | Rückf. -<br>datum | Sonstiges                                      | Schicksal                                  |
|-----|---------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 26. | R. J.   | 1                | 2 Monate        | 1966              | Familiäre Belastung                            | 1957 gestorben, Urs. ubk.                  |
| 27. | St. K.  | 2                | 1 Woche         | 1955 Juli         |                                                | am 7. 4. 66 in akut. Zu-                   |
| 28. | Sch. F. | 2                | 2 Monate        | 1966              | Belastung                                      | Stand eingeliefert und verst.<br>Apoplex   |
| 29. | Sch. A. | 1                | 4 1/2 Monate    | 1955 Anf.         | Familiäre Belastung,<br>Verstimm.              | Haar bei München                           |
| 30. | K. J.   | 1                | 3 Monate        | k. Rückf.         |                                                | 1958 verstorben, Coronar-<br>sklerose      |
| 31. | R. O.   | 2                | 2 Monate        | n. 7 Mon.         | k. Wille und Einsicht<br>Prädelir.             | 1955 verstorben                            |
| 32. | Sch. A. | 3                | 14 Tage         | n. 2 Mon.         | Lues, Delir., k. Wille<br>und Einsicht         |                                            |
| 33. | S. F.   | 1                | 2 Monate        | k. Rückf.         | Trinkerfamilie                                 | n. Ausk. d. Sohnes 1956<br>an Ca gestorben |
| 34. | S. A.   | 1                | 1 1/2 Monate    | 1960              | Anlage, Belastung, Ver-<br>stim., Alkoholismus | 1960 Suizid                                |
| 35. | S. A.   | 2                | 5 Monate        | 1954              | Alkoholismus                                   | 1954 Suizid                                |
| 36. | R. F.   | 7                | 5 Monate        | 1954              | Anlage, Belastung,                             | 1954 Suizid ?                              |
| 37. | M. J.   | 1                | 1 Monat         | 1954              | Patholog. Rausch und<br>Erregungszustände      | gleich n. Entlassung<br>1954 Suizid        |

| Nr. | Name   | Zahl<br>d. Einw. | Beh. -<br>Dauer | Rückf.-<br>Datum                        | Sonstiges                | Schicksal                                               |
|-----|--------|------------------|-----------------|-----------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| 38. | A. F.  | 1                | 2 1/2 Monate    | 3 Jahre<br>k. Rückf.                    | Belastung, kriminell     | entzog sich der Bertg. Stelle                           |
| 39. | B. R.  | 1                | 2 Monate        | Ibk, Hall<br>Ber. St. k.<br>Rückf.      | Chron. Alkoholismus      | unbekannt                                               |
| 40. | D. K.  | 2                | 11 Tage         | Ibk., Hall<br>+ Ber. St.<br>k. Rückf.   | Fam. Belastung           | unbekannt                                               |
| 41. | E. St. | 1                | 1 Monat         | k. Rückf.                               | krimin. Veranl. Psychop. | 1957 an Tbc gestorben                                   |
| 42. | G. A.  | 1                | 3 Monate        | geheilt<br>tot. Absti-<br>nenz          | Fam. Schwierigkeiten     | Besuch siehe Bericht                                    |
| 43. | H. F.  | 1                | 1 Monat         | Ibk., Hall<br>+ Ber. St.<br>k. Rückf.   | Psychop., Belastung      | unbekannt, lebt + arbeitet<br>nach Aussage der Nachbarn |
| 44. | J. A.  | 1                | 2 Monate        | Ibk., Hall<br>+ Ber. St.<br>k. Rückfall | Fam. Belastung           | unbekannt                                               |
| 45. | I. K.  | 4                | 9 Monate        | bis jetzt                               | Fam. Belastung           | bei seel. Belastung kleine<br>Rückfälle                 |



| Nr. | Name   | Zahl<br>d. Einw. | Beh.-<br>Dauer | Rückf. -<br>Datum                   | Sonstiges                    | Schicksal                     |
|-----|--------|------------------|----------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 54. | S. M.  | 1                | 2 Wochen       | k. Rückf.                           | Wirtschaftl. Schwierigkeiten | 1967 tot, Suizid?             |
| 55. | T. R.  | 1                | 1 1/2 Monate   | 1956 im<br>Rausch<br>Suizid         | Psychopath., Fam. Belastg.   | 1956 im Rausch ertrunken      |
| 56. | Th. P. | 1                | 1 Monat        | Ibk. Hall+<br>Ber. St.<br>k. Rückf. | Fam. Belastung               | unbekannt                     |
| 57. | T. R.  | 1                | 1 Monat        | Ibk. Hall+<br>Ber. St.<br>k. Rückf. | Psychop.                     | unbekannt                     |
| 58. | T. S.  | 1                | 5 Monate       | Ibk. Hall etc.                      | kein Wille und Einsicht      | unbekannt                     |
| 59. | T. G.  | 7                | 4 Monate       | 1957                                | k. Wille und Einsicht        | 1957 an Herzinfarkt gestorben |

## ANTABUSBEHANDLUNGEN 1954, 8 FÄLLE (FRAUEN)

| Nr. | Name    | Zahl<br>d. Einw. | Beh.-<br>Dauer | Rückf.-<br>Datum                            | Sonstiges                            | Schicksal                             |
|-----|---------|------------------|----------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.  | B. M.   | 1                | 4 Monate       |                                             | Fam. Belastung, debil,<br>Art. skle. | 1957 gestorben                        |
| 2.  | R. B.   | 1                | 1 Monat        | k. Rückf.<br>Ibk, Hall+<br>Ber. St.         | Psychop.                             | unbekannt                             |
| 3.  | S. R.   | 2                | 2 Monate       | zu Hause<br>weiter ge-<br>trunken           | Trinkerfamilie                       | 1962 gestorben                        |
| 4.  | S. B.   | 1                | 1 Monat        | 1958 im<br>Rausch i.<br>Inn gesprun-<br>gen | Fam. Belastung                       | 1958 Suizid, in den<br>Inn gesprungen |
| 5.  | W. J.   | 3                | 1 3/4 Jahr     | 1958                                        | Fam. Belastung<br>Psychop.           | 1962 gestorben                        |
| 6.  | Sch. M. | 1                | 4 Tage         | 1957                                        | Period. Verst.                       |                                       |
| 7.  | G. A.   | 1                | 2 1/2 Mon.     | 1957                                        | Deprav. asozial                      |                                       |
| 8.  | P. R.   | 1                | 2 1/2 Monate   | Ibk, Hall+<br>Ber. St.<br>k. Rückf.         | Fam. Belastung, Demenz               | unbekannt                             |



## Psychiatrisch-klinisches Diagnosenschema

(Revision des Würzburger Schemas)

von H. Häfner und K. P. Kisker

### I ..... Oligophrenien und angeborene Persönlichkeitsdifferenzen\_\_

- 1 ohne nachweisbare Ursache;
- 2 aufgrund nachgewiesener perinataler Hirnschäden;
- 3 aufgrund hormoneller und Stoffwechselstörungen  
(Kretinismus, Phenylbrenztraubensäureschwach-  
sinn u. a. Fermentmangelformen).
- 4 Genopathien (Mongolismus, Klinefelter, Turner u. a.)

### II ..... Hirntraumen mit psychischen Folgen

- 5 akute traumatische Psychosen;
- 6 traumatische Demenz und Wesensveränderung;
- 7 Commotio und Contusio ohne psychische Dauerfolgen.

### III ..... Lues und ZNS

- 8 progressive Paralyse;
- 9 Tabes;
- 10 Lues cerebrospinalis;
- 11 andere Formen (connatale Lues usw.)

### IV ..... Encephalitiden

- 12 akute;
- 13 postencephalitischer Parkinsonismus;
- 14 Folgeerscheinungen nach anderen Encephalitiden.

V ..... Abbauprozesse (Demenzen usw.)

- 15 arteriosclerot. Formen (Demenz, Verwirr-  
heitszustand u. dgl.)
- 16 Alzheimer und Pick;
- 17 sonstige hirnatrophiische Prozesse;
- 18 seniler Hirnabbau;
- 19 früh einsetzende destruktive Hirnprozesse  
(z. B. Leukodystrophien, Stoffwechsel-  
Speicherkrankheiten, Myoclonusepilepsie).

VI ..... Extrapyramidale Erkrankungen mit  
psychischen Störungen-----

- 20 Chorea Huntington;
- 21 Chorea minor;
- 22 andere Formen;
- 23 Paralysis agitans.

VII ..... Exogene Psychosen und Syndrome bei  
anderen Hirnkrankheiten-----

- 24 bei Tumoren, multipler Sklerose, System-  
erkrankungen usw.;
- 25 bei endokrinen Störungen (Basedow, Cortison-  
psychosen usw.);
- 26 bei Allgemeinerkrankungen (Infektionen, Avitaminosen,  
Kachexie, Hungerdystrophie, Diabetes, Urämie).

VIII .... Toxische Hirnfunktionsstörungen (ohne  
Suchten und Alkoholismus)-----

IX ..... Cerebrale Anfallsleiden

- 27 mit nachgewiesener Ursache;
- 28 ohne nachgewiesene Ursache;
- 29 erbliche Epilepsie;
- 30 nicht epileptische Anfälle (Narkolepsie usw.).

X ..... Alkoholismus

- 31 Delir, Halluzinose, Korsakow
- 32 chronischer Alkoholismus ohne Psychose;
- 33 Rausch (auch pathologisch).

XI ..... Suchten (Toxikomanien).

XII..... Phasenspezifische Psychosen oder Krisen

- 34 Pubertät (mit Ausnahme der Schizophrenen!);
- 35 Schwangerschaft;
- 36 Wochenbett;
- 37 Klimax;
- 38 Involution;
- 39 Alter.

XIII .... Episodische Psychosen endogene Färbung und  
abnorme Entwicklungen von psychoseähnlichem  
Ausmaß-----

- 40 schizophrenieähnliche Bilder;
- 41 akute, nicht klassifizierbare endogene Bilder;

- 42    paranoische und sensitive Entwicklungen;
- 43    Eifersuchtswahn;
- 44    sonstige wahnhafte Entwicklungen  
      (hypochondrische, "Querulantenwahn" u. a.);
- 45    Dermatozoenwahn

XIV ..... Schizophrenien

- 46    symptomarme Prozesse (Dementia simplex,  
      Hebephrenie);
- 47    erlebnisreiche Formen (paranoid-halluzinatorische);
- 48    motorische Formen (Katatonie);
- 49    systematisch-wahnbildende Formen (Paraphrenien usw.);
- 50    schizophrener Persönlichkeitwandel;
- 51    konformer Wahn.

XV ..... Cyclothymien

- 52    zirkuläre Formen;
- 53    endogene Depression ohne typisch peroidischem Verlauf;
- 54    Manien.

XVI .... Psychopathische Persönlichkeiten

- 55    gemeinschafts- oder gesellschaftsfeindliche Formen  
      (asoziale, kriminelle);
- 56    sonstige.

XVII .... Abnorme Erlebnisreaktionen

- 57 depressive;
- 58 asthenische;
- 59 paranoid und sensitive;
- 60 querulatorische;
- 61 hypochondrische;
- 62 hysterische (konversionshysterische);
- 63 Zweckreaktionen ("Rentenneurose", Simulation usw.);
- 64 reizbar-erregte;
- 65 sonstige (ängstlich-phobische, Haftreaktion u. dgl.).

XVIII ... Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

XIX .... Neurosen und vergleichbare Erscheinungsbilder

- 66 Zwang;
- 67 Angst und Phobie;
- 68 Hysterie;
- 69 nicht-hysterische Funktionsstörungen des motorischen Apparates (Stottern, Tic, Schreibkrampf);
- 70 allgemeine Gehemmtheit;
- 71 infantil-abhängige;
- 72 Sexualneurosen;
- 73 Variationen des Sexualverhaltens (Perversionen);
- 74 psychomatische Syndrome.

XX ..... Sonstige Nervenkrankheiten

XXI .... Nicht nervenkrank, frei von psychischen Störungen

XXII ... Ungeklärt

## LEBENS L A U F

Am 12.4.1938 in Striegau/Schlesien als zweites von fünf Kindern der Eheleute Walter und Johanna Thielert geboren.

Nach Besuch der Oberrealschule mit Gymnasium in Nördlingen und der Oberrealschule in Donauwörth erfolgreich bestandenes Abitur im Juni 1958.

Im Anschluß Ableistung der verlängerten Wehrpflicht bei der Marine und Ablegung der Offiziersprüfung.

Ab Sommersemester 1960 Studium der Medizin an der Universität in München. Naturwissenschaftliche Vorprüfung am 31.10.1961 und ärztliche Vorprüfung am 5.5.1964 abgelegt. Am 29.6.1967 das ärztliche Staatsexamen in München mit dem Urteil gut bestanden.

Nach Ableistung der vorgeschriebenen Medizinalassistentenzeit am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München, am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Neuburg/Donau und am Kreiskrankenhaus in Rain/Lech Bestallung als Arzt am 31.10.1969.

*Klaus Thielert*



